



**WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ទារកភាព៖ អាយុ 9 ខែ

សំណង់ពេលវេលាក្នុងកញ្ចប់	ឈ្មោះរបស់កូម្មាធ		ទំនួតដោយ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំណែនិក																																				
	ប្រព័ន្ធប្រជាជន		ថ្ងៃលេបបច្ចុប្បន្ន																																					
	ឈ្មោះ/គ្រឿងប្រជាជន/ការបារម្ភតាមអាជីវកម្មពីពេលដឹកចិត្តសុខភាពចុងក្រោយ		ថ្ងៃនេះខ្លួនសំរួលយក់ពី:																																					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករបស់ខ្លួនអាចចូលរួមបារាងខ្លួនដោយប្រាម៉ែន។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករបស់ខ្លួនពាក្យខេះ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករបស់ខ្លួនដែកលក់ពេលប្រើប្រាស់។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ខ្លួនត្រូវកៅតុក្នុងកញ្ចប់ប្រចិនដងទេ។		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករបស់ខ្លួនអាចធ្វើឱ្យណ៍ដោយប្រាម៉ែន។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករបស់ខ្លួនលេបដែលដោយប្រាម៉ែនត្រូវប្រើប្រាស់។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករបស់ខ្លួនដែកលក់ពេលប្រើប្រាស់។																																					
	WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE																																					
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____ Elimination _____ Sleep _____																																						
Screening: Hearing <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Vision <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive      Language/Communication Gross Motor      Social/Emotional      Fine Motor																																								
Behavior <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Mental Health <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Physical: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> N <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> A General appearance      Chest <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> N <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> A Skin      Lungs <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> N <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> A Head/Fontanelle      Cardiovascular/Pulses <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> N <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> A Eyes (Cover/Uncover)      Abdomen <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> N <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> A Ears      Genitalia <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> N <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> A Nose      Spine <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> N <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> A Oropharynx/Teeth      Extremities <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> N <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> A Neck      Neurologic <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> N <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> A Nodes					<input type="checkbox"/>																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____																																								
IMMUNIZATIONS GIVEN																																								
REFERRALS																																								
<b>NEXT VISIT: 12 MONTHS OF AGE</b>		HEALTH PROVIDER NAME																																						
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS																																						

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (9 months)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999-00.(215).

### **Tuberculosis Screen**

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

### **Developmental Milestones**

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes      No

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Sits without support.</u>                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Stands holding on.</u>                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cruises.                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Imitates speech sounds.</u>               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thumb-finger grasp.                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says "Dada" or Mama" nonspecifically.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responds to name.                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plays "Peek-a-boo."                          |

Avoids eye contact.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, or the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ការពិនិត្យដំឡើងរក្សាស្ថាការពេជ្ជទូល្បេ - ទារកភាព៖ អាយុ 9 ខែ

## WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS

## (ត្រួវទេរតាមគោលការណ៍នាំ EPSDT)

៩៦៩

សុខភាពទារករបស់អ្នកនៅថ្ងៃយ៉ាង 9 នេះ

ជំណាក់ការសំខាន់

## រាជនៅពេលពេញកំរាល ។

ເພື່ອບໍ່ມີຄວາມສົງລະນະໃຫຍ່ກັບຄວາມສົງລະນະທີ່ມີກຳນົດກຳຈຳ

## អាចចាប់ផើមនៅ ។

## ចង្វឹមទេរតុដែលរាជធ័បន ។

ដីកដោយប្រើពេនិនព្យាកំដោយខនុដី ។

## លេងលេងធើន់ បន្ទូរសិទ្ធិ

ចាប់ផើមទិន្នន័យពាក្យដែចជា "ម៉ាម៉ា" "ពុពុ" និង "បាយបាយ"។

អ្នកដូចយកទនបែលអ្នករៀនដំទាញការឡើង ដោយលើដីជាមួយវា ។

## ធើម្ខវកជ្ជួយបច្ចុប្បន្នមានថែមទេរូត

ការពិនិត្យសំវារដើម្បីតាមរយៈរបស់កុមារ ដោយមិនគឺជេះ  
ពីកុមារអំពីកម្មវិធីមាយចានសុខភាពល្អ និងទាក់ទងសុខភាពល្អ  
និងលេខទូរសព្ទបញ្ចប់ការណ៍មីនុយបញ្ហានិយាយ៖

1-800-322-2588 (សម្រាប់) ឬ 1-800-833-6388  
(ប្រជាស័យ TTY) ។

ស្ថិតិការពាណិជ្ជកម្មយោង រៀបចំក្នុងក្រុងក្រុងរដ្ឋបាល សាខាអនុយនី: ទ្វារៈ Safety Restraint Coalition 1-800-BUCK-L-UP (សម្រាប់  
បុរី 1-800-833-6388 (ប្រអប់បច្ចុប្បន្ន TTY)

ទាក់សេចក្តីពូល/ការពិន័យ ១-៨០០-៨២១-៥៩២៧

## កិច្ចការពារការពូល៖

មន្ទីរសេដ្ឋកិច្ច ព្រះការដៃទីកូល នៃរដ្ឋបាស្តីដឹក 1-800-732-6985  
(សម្រាប់) ឬ 1-800-572-0639 (ប្រជាប់បញ្ជី TTY)។

ចុរចុរសំពី លេខ 911 ក្នុងភាពមានអាសន្ន ។

ជំនាញភាពប្រុករខបតុមស្ថាប់មាតាបិតា៖ ទូរសព្ទប្រចាំការសំរាប់ដួយ  
គ្រឿសារ 1-800-932-HOPE (4673) ប្រកាសសំរាប់គ្រឿសារភាគពាយិក  
1-888-746-9568 ឬការងារនៃវិទ្យាបាលីយសាបុគមន៍តាមចំណាំ។

ចំណុចសំខាន់ផ្តើមសុខភាព

ចូរស្ថិការបំពេជោដោះទ្សានយុគតាមដែលអាមេរិកាន យ៉ាងហេត្តិភាសាំ ទ្សានមួយច្បាស់ប៉ុណ្ណោះ។

ទីកន្លែងដោយ បូញ្ញរៀង្ហារ (formula) គឺនៅតែជាមាត្រាសំខាន់  
បំផុតរបស់ទារកម្មួយ ។ វាកើតឡើងពាណិជ្ជកម្មដែលកិតចូលចិត្តក្នុងការ  
ដាក់ដែរ ។

អង់ទិបុធយោធីក (antibiotics) មិនមែនជាថ្នាំណូបំផុតជានិច្ចទេ ។ រាយធម្ម ជួយព្យាបាលរកភ្នាក់សាយនិងមេការដើរស (virus) នៅក្នុងរោង ។ ការឲ្យអង់ទិបុធយោធីកសំរាប់ទារករបស់អ្នកទេនៅពេលរាយធម្មត្រូវការ អាមេរាមក្នុងក្រោមគ្នា ។

ចូរឡើទាក់របស់អ្នកហាត់ប្រើពេដ ។ ចូរដុល់ទិក ទិកដោះម្យាយ ឬ  
ប្រើម្យាយដុល់រាជធានីប្រើពេដមានចិត្តយ ។ ឬវាប្រើដុល់ចូរជី  
ដែនភាពដើម្បីប្រឡងពេដទៅក្នុងអាយុប្រើបាល 1 ឆ្នាំ ។

ចូរបានដែរសល់អ្នកទួលព័ត៌មានពីកញ្ចាប់ ដាក់តិស់សន្យាប្រាស់ពេលដុះ  
ក្នុងបន្ទីនៃទោម្ពនពេលបំពេជា ។ ចូរបានដែលពីកញ្ចាប់ទាន់ក្នុងដាក់  
មួយសាម្រួលដឹងទិន្នន័យ ។

ចំណុចសំខាន់សំរាប់មាតាបិតា

ទានកម្មាតា ដំណូរពលាស់គ្រាយរៀបចំបង្ហាញ ។ ទានករស់អ្នកគ្រោះ  
ក្រោយការចេះដើមនិងការផ្តល់បង្ហាញ ។ យើងកិត្តិថារាមីនដំណូរពលាស់លួន  
ចូលរឹងយាយជាមួយយុទ្ធបណ្ឌិតបូត្រិតលាងបុងផ្តាក-យិការបង្ហាញ ។ ដើម្បី  
ទទួលការពិនិត្យសំរាប់រាល់ដើម្បីការដំណូរពលាស់ដោយមិនគឺតិចថ្មី ចូរ  
ទូសពីទៅទៅកម្មវិធីមាយមានសុខភាពល្អ និងទានកិត្តិមានសុខភាពល្អ ដែរ  
(លេខទី៩៣ពីមានទោយទានាជានី)។

ចំណុចស្រគីភាព

ចុចចាប់មិលទាករករបស់អ្នកជានិច្ចពេលវារោនៅក្នុងអាជីវកិច្ច ។ ការណែនា  
កិច្ចអាមេរិកមានយ៉ាងហេសនិតិថាយស្ថាក្តាក្នុងទីក្រុងប្រជាធិបត្តិដូ  
ចិនខាងក្រោម។ ចុរៀយករារោនៅជាយូរ បែងការក្រុងទីក្រុងប្រជាធិបត្តិ